IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE

PROCESO: CALIDAD

ESTANDAR PROCESO PRIORITARIO

EMPRESA/INSTITUTO: Sena San Antonio — VACUNADOR: Alejandro — ENFERMERO: Juan Gomez — FECHA: 11 SEP. 2025

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: EXTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] HORA ENTRADA 7:00 HORA SALIDA

	DATOS DEL PACIENTE								INCLUIDOS												
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	MR	MD	VF A+6	PA	VA	DPT	TV	FF	VPH			# CARNET
1	Helen Alicia Gutierrez Tarazona	1074814067	16-ENE-2009	A+	cll 34 este #38-C-18	ciudadela sur	3238091874	Sanitas			2			2							
2	Sharon Estefania Mosquera Franco	1028886699	11-09-2008	A+	cle 90 #91-D22	Bosa	3213557237	famisanar			2			2							
3	Nivian Paray Rojas Tatiana	1024512340	27-12-2008	A+	Transversal 1-A #38A-93	jardin de los andes	3547217A0	salud militar			2			2							
4	Maria Paula Mora Ovalle	1016940149	01-08-2008	B+	calle 78 BSur 16-388	San Joaquin	3228818648	salud total			2			2							
5	Isabel Sofia Guerrero Rondo	1025143054	18-10-2007	O+	CLE 6 SUR #23-7737	la providencia	3132342553	compensar			2			2							
6	Izbeth Tatiana Yañez Fonseca	1007718557	14-01-2007	B+	cll 36 #37 11 SUR	El Desebre	3226118221	Sanitas			2			2							
7	Angelo Cierra Polo	1020117216	12-04-2009	A+	cll 19D 1 49 SUR	Hogares	3225965415	sura			2										
8	Maria Jose Zarate Dominguez	1045736916	23-11-2005	O+	cll 65A #38A 30Sur	Alqueria	3232337695	salud total			2			2							
9	Isis Mariely Sencio Agudon	1023616[illegible]	19-10-2006	O+	cll 100 #300-68Sur	Consejo	3008793224	famisanar			2			2							
10	Yully Andrea Vallejo Ruiz	1030603422	18-12-2001	O+	cll 73L #52A 73 SUR	Remedy	3506625130	Sanitas			2			2							
11	Kevin Yelitza Polacios Salazar	1012376231	27-09-2008	B+	cll 54 Sur #54,704	San Pedro	3212857860	famisanar			2			2							
12	Paula Andrea Molina Casallas	1002587039	05-08-2007	A+	cll 76 #90 -76	Tintal	3124006359	famisanar			2			2							
13	Nicol Samanta Montes Gomez	1016176901	15-12-2004	A+	cll 72 D este #29-58	Amapolas	3235589424	compensar			2			2							
14	Daniel Felipe Zambrano Suarez	1003694447	17-03-2001	A+	cll 36A #76 - 26	Ciudad Hunza	3201952707	Sanitas	2		2			2							
15	Nicol Alexandra Maria Vargas	1025534845	07-03-2007	B+	Diagonal 101B SUR #618	Sucre	3143469788	Nueva EPS	2		2			2							
16	Dayana Vanessa Plata montero	1124243582	02-09-2006	O+	cll 73A # 13-45	la toscana	3023158810	compensar			2			2							
17	Julian [illegible] Cruz	1016837[illegible]	05-2008	A+	cll 136 [illegible] #101B-26	costa AZU	3134600467	Policia	2		2			2							
18	Erika Paola Diaz Acuña	1022421559	14-11-96	O+	Bosa		3124646148	Sanitas			2			2							
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
	TOTAL								3		18			17							

CONTACTO — CORREO — TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

Si usted cree que NO se pueden vacunar por una de estas razones, por favor no vacunarse

Powered by CamScanner

353115

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V08 R08 033
	SIG	VERSIÓN: 08
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 08
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 17-03-2026

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
11 SEP. 2026	8:15	Hellan Nikol Gutierrez Herrera	1074814067	Hellan Herrera	Hbz, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:16.	Sharon Matamoros Franco	1028886699	Sharon M	Hbz, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:17	Vivian Zavay Rojas	1024512390	Vivian R.	Hbz, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:18	Maria Paula Maria Oralle	1016949149	Maria Paula	Hbz, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:19	Isabel Sofia Guerrero Ravelo	1015142054		Hbz, V2	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:20	Lizbeth Johanna Florez.	1007718 557		Hbz, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:21	Angela sierra polo	1020117216	Angela Sierra	Hbz.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:22	Maria José Zarate Dominguez	1045756926	Maria J. Zarate	Hbz, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:23	Lina Mayerly peñuela Ayatón	1'023.016479	Lina Peñuela A.	Hbz, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:24	Yully Andrea Velasco Roa	1030608422.	Yully Velasco.	Hbz, V2	Alejandra	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Powered by CamScanner

3537115 - Farmacia.

Centro Especializado en Vacunación 2) **IPS VACUNAR COLOMBIA SAS** *Vacunarse es su Seguro de Vida*	**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	FO CAL VC 033
	SIG	**VERSIÓN: 08**
	PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 08**
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	**FECHA: 17-03-2026**

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
11 SEP. 2026	8:25	Iheylin Palacios	1012370231		HBZ, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:26	Paula Andrea Molina	1002580089		HBZ, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:34	Nicol Samanta Matus	1016716001		HBZ, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:35	Daniel Felipe Zambrano	1003691417		HBZ, V2, TT2	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:36	Alexander Mora	1022553745		HBZ, V2, TT2	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:37	Diana Vanessa Plata	1120242658		HBZ, V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	8:39	Julian Ortiz Cruz	1016834847		HBZ, V2, TT2	Alejandra	
11 SEP. 2026	12:07	Erika Diaz Acosta	1022421559	Erika Diaz.	HBZ, V2;	Alejandra	
11 SEP. 2026							
11 SEP. 2026							

Powered by CamScanner